

ارتباط کیفیت خواب، کیفیت زندگی و بعضی فاکتورهای خونی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده

شهرام براز،^۱ دکتر عیسی محمدی^{۲*}، دکتر بهروز برومند^{۳**}

^{*}مربی گروه پرستاری- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ^{**}استادیار گروه پرستاری- دانشگاه تربیت مدرس، ^{***}استاد گروه نفرولوژی- دانشگاه علوم پزشکی ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۲/۱۵ تاریخ تایید: ۱۳۸۶/۲/۱۸

چکیده:

زمینه و هدف: علی رغم پیشرفت‌های زیادی که در درمان بیماری نارسایی مزمن کلیه صورت گرفته کیفیت زندگی به عنوان یک مشکل بزرگ در این گروه از بیماران به مخاطره افتاده است. با توجه به شیوع بالای اختلال خواب و مشکلات وابسته به آن در بیماران دیالیزی، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت خواب، کیفیت زندگی و بعضی فاکتورهای خونی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده انجام شد. روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که در ۸۵ بیمار تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده در سال ۸۴-۸۳ انجام گرفته است. نمونه ها از بخش های همودیالیز سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران و براساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. کیفیت خواب با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتس برگ (PSQI) و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی (SF36) اندازه گیری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آماری t، من ویتنی، کای دو، تست دقیق فیشر و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

یافته ها: ۶۳ بیمار (۷۱٪) کم می خوابیدند (نمره کل کیفیت خواب بیشتر از ۵ بود). ابعاد روانی (MCS) و ابعاد فیزیکی (PCS)، ارتباط معکوسی با نمره کل کیفیت خواب داشت ($P<0/01$). بعد فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار و مثبت با هموگلوبین و ارتباط معکوس با سن ($P<0/05$) و نمره کل کیفیت خواب ($P<0/01$) داشت. ارتباط معکوس بین نمره کل کیفیت خواب با هموگلوبین ($P<0/01$)، آلبومین سرم ($P<0/05$)، ابعاد روانی و فیزیکی کیفیت زندگی ($P<0/01$) وجود داشت.

نتیجه گیری: خواب کم یکی از مشکلات شایع در بیماران همودیالیزی است و باعث افت کیفیت زندگی در این بیماران می شود. توجه به تنظیم میزان هموگلوبین، آلبومین و سایر فاکتورهای خونی بیماران، می تواند خواب بهتری ایجاد کرده و در نتیجه موجب بالا رفتن کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز شود.

واژه های کلیدی: نارسایی کلیه، کیفیت زندگی، همودیالیز، کیفیت خواب، فاکتورهای خونی.

مقدمه:

بیداری، سندرم بی قراری پاها، دیر به خواب رفتن، بی قراری و خواب آلودگی در طول روز شایع می باشد (۱-۴). همچنین شیوع بالای اختلالات خواب که شامل آپنه انسدادی خواب (Obstructive sleep apnea = OSA) حرکت دوره ای پاها در طول خواب

از ۱۰ سال گذشته اختلالات خواب و علت های بروز آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده توجه محققان زیادی را به خود جلب کرده است. مطالعات اخیر بیان کرده اند که ۸۰-۳۰ درصد این بیماران از اختلالات خواب مثل

^۱ نویسنده مسئول: اهواز- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور- دانشکده پرستاری و ملامایی - گروه پرستاری - تلفن: ۰۶۱۱-۳۳۵۰۱۷۶ - E-mail: Shahrambaraz@yahoo.com

(Periodic movement of the legs during sleep = PMLS) و بیدار شدن‌های مکرر و خود به خودی در طول خواب (Spontaneous arousals) می‌باشد. در بیماران تحت درمان با همودیالیز مشاهده شده است. بنابراین اطلاعات در مورد ارتباط بین آنها با کیفیت زندگی جهت انجام اقدامات مناسب و بدست آوردن پیامدهای بالینی مناسب لازم و ضروری است (۵، ۶). حتی در افراد عادی، بی خوابی و آپنه انسدادی خواب با کیفیت زندگی پایین ارتباط دارد (۷-۹). شروع نارسایی مزمن پیشرفته کلیه و دیالیز به طور چشمگیری روی عملکرد و کیفیت زندگی اثر دارد (۱۰). مطالعات اخیر بیان کرده اند که ارتباط بالقوه ای بین محرومیت از خواب، خواب کم و در کل اختلالات خواب با کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر وجود دارد (۷، ۱۱). اختلالات خواب از جمله آپنه انسدادی خواب باعث آسیب شناختی و مشکلات عصبی روانی و خستگی می‌گردد. به طوری که هیپوکسمی شبانه می‌تواند به عنوان یک معیار پیشگویی کننده بروز بیماری‌های کشنده و غیر کشنده قلبی عروقی در بیماران دیالیزی باشد (۱۲). علامت‌های بیماری، عوارض بیماری و درمان بیماری اثر مهمی روی کیفیت زندگی این بیماران دارد و کیفیت زندگی معیار پیشگویی کننده مستقل و قوی در ارتباط با مرگ و میر و بروز ناخوشی در این بیماران می‌باشد (۱۳، ۱۴).

هموگلوبین، سطح اقتصادی - اجتماعی، سطح آموزشی، زمان و میزان دیالیز، نژاد، ورزش‌های فیزیکی، ناخوشی، دیابت، پیوند قبلی رد شده، جنس، افسردگی و وضعیت تغذیه‌ای با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی ارتباط دارند (۱۰). کیفیت زندگی به وسیله عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن تشخیص و پیش‌آگهی، انواع درمان‌های طبی و عوامل مستعد کننده تحت تاثیر قرار می‌گیرد که پرستاران بر روی

این عوامل نمی‌توانند کنترل و تاثیر داشته باشند. اما کیفیت زندگی به وسیله فاکتورهایی تحت تاثیر قرار می‌گیرد که پرستاران می‌توانند بر روی این عوامل موثر باشند، مانند عوامل محیطی، موقعیت‌های اجتماعی و فردی، کیفیت خواب و کنترل علائم که این اقدامات از طریق دادن اطلاعات لازم به بیمار و اعضا خانواده و کنترل علائم و عوارض و اقدامات پرستاری امکان‌پذیر است (۱۵). کنترل مشکلات و عوارض از جمله بهبود کیفیت زندگی و کیفیت خواب نیاز به مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت دارد و لازمه این کار نیز افزایش آگاهی افراد می‌باشد. با توجه به اینکه تاکنون کیفیت خواب بیماران همودیالیزی در ایران اندازه‌گیری نشده و همچنین ارتباط آن با کیفیت زندگی و فاکتورهای خونی بررسی نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط کیفیت خواب با کیفیت زندگی و بعضی فاکتورهای خونی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده انجام شده است.

روش بررسی:

در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی کلیه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به سه بیمارستان آموزشی (امام خمینی، دکتر شریعتی و شهید هاشمی نژاد) شهر تهران بر اساس نمونه گیری غیر تصادفی و مبتنی بر هدف در سال ۸۴-۸۳ انتخاب شدند. نداشتن بیماری دیگری بجز نارسایی مزمن پیشرفته کلیه، حداقل هفته ای ۳-۲ بار، هر بار به مدت ۴ ساعت تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده، داشتن شرایط جسمانی مناسب، محدوده سنی ۵۰-۲۴ سال، حداقل ۶ ماه و حداکثر ۸ سال تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده بودن و

داشتن حداقل سواد ابتدایی کامل از شرایط ورود به مطالعه بود. بیمارانی که در طول مطالعه تحت عمل پیوند قرار گرفتند یا به دلایلی فوت کردند و یا قادر به همکاری و دادن اطلاعات نبودند از مطالعه حذف شدند.

از ۱۵۹ بیمار موجود در بخش های همودیالیز (بر اساس معیارهای ورود به مطالعه) ۸۵ بیمار وارد مطالعه شدند. پس از بیان هدف از انجام پژوهش به طور واضح و روشن و جلب رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش در خصوص محرمانه بودن و محفوظ بودن کلیه اطلاعات کسب شده، پرسشنامه های کیفیت زندگی و کیفیت خواب تکمیل شدند.

کیفیت خواب با استفاده از پرسشنامه کیفیت خواب پیتس برگ (PSQI) اندازه گیری شد (۱۶). این پرسشنامه یک پرسشنامه خود کنترلی می باشد که کیفیت خواب را در طول یکماه گذشته بررسی می کند و شامل ۱۹ سؤال در ۷ بخش (کیفیت خواب ذهنی، دیر به خواب رفتن، کفایت خواب، دوره خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور و عملکرد ناقص در طول روز) می باشد. هر بخش از ۰ تا ۳ امتیاز دارد که بیماران به خودشان بر اساس این پرسشنامه امتیاز می دهند. نمره کل پرسشنامه کیفیت خواب پیتس برگ بین ۰ تا ۲۱ می باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت خواب پایین می باشد. نمره بیشتر از ۵ نشان می دهد که شخص کم می خوابد و مشکلات زیادی در حداقل ۲ بعد یا بیشتر از ۳ بعد از این معیار را دارد (۱۶).

کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی (SF-36) اندازه گیری شد (۱۷-۱۹). پرسشنامه ۳۶ سوالی شامل ۸ بعد (عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی، درد بدن، درک کلی از سلامتی، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت

نقش عاطفی و سلامت روان) می باشد که به دو بخش یا قسمت مجموع ابعاد روانی، مجموع ابعاد فیزیکی تقسیم می شود. هر کدام از ۸ بعد امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد که امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می باشد. میانگین استاندارد مجموع ابعاد روانی و ابعاد فیزیکی ۵۰ می باشد (۱۵) که بالاتر و پایین تر از ۵۰ به ترتیب نشان دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می باشد. پرسشنامه های استفاده شده دارای استاندارد جهانی هستند که در ایران نیز پایایی و روایی آن تایید گردیده است (۲۲-۲۰).

سن، جنس، علت بیماری کلیه، زمان دیالیز، داشتن همسر، از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه بررسی شدند. آلبومین سرم، هموگلوبین خون اندازه گیری و در پرسشنامه ثبت گردید.

ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پیوسته، آزمون t تست برای مقایسه میانگین متغیرهایی که توزین نرمال داشتند و آزمون من ویتنی برای متغیرهایی که توزیع نرمال نداشتند، استفاده شد. تفاوت بین متغیرهای طبقه بندی شده با استفاده از آزمون کای دو یا تست دقیق فیشر بررسی شدند.

یافته ها:

گلوومرولونفریت ۱۴/۱۱، نفرو پاتی دیابتی ۲۵/۹، فشار خون بالا ۲۹/۴، انسداد ۹/۴، نفریت بینابینی ۷/۰۵، کلیه پلی کیستیک ۵/۹ و ناشناخته ۸/۲۴ درصد از علت های بیماری کلیوی بودند. تمام بیماران هفته ای ۳ بار به مدت ۴ ساعت دیالیز می شدند. میانگین سنی بیماران 61.4 ± 14.2 سال و 29.6 درصد نمونه ها زن بودند.

بر اساس نتایج میانگین کل کیفیت خواب 8.7 ± 4.5 بود. ۶۳ بیمار (۷۴٪) کم می خوابیدند (نمره

($P < 0/05$)، ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی
($P < 0/01$) ارتباط معکوس داشت (جدول شماره ۲).

بین ابعاد فیزیکی - جسمی کیفیت زندگی،
کیفیت خواب و متغیرهای جنس و وضعیت تاهل
ارتباط معنی دار دیده نشد ($P > 0/05$).

بیمارانی که خوب نمی خوابیدند (global
 $PSQI > 5$)، هموگلوبین پایین تر و کیفیت زندگی
پایین تری در همه ابعاد نسبت به بیمارانی که خوب
می خوابند ($global PSQI < 5$) داشتند (جدول
شماره ۲).

۴۱ بیمار گزارش کردند که درآمدشان کافی است.
۳۴ بیمار آموزشی در حد متوسط داشتند، ۲۶ بیمار دیابت
داشتند، ۲۰ بیمار سیگاری بودند و ۵۷ بیمار داروی ضد
افسردگی مصرف می کردند. تفاوت آماری در میانگین

کیفیت خواب از ۵ بیشتر بود). از بیمارانی که اختلال
خواب داشتند، پنج بیمار سندرم بی قراری پاها و یک
بیمار تنفس با زحمت را داشتند.

میانگین بعد روانی پرسشنامه کیفیت زندگی
 $68/7 \pm 19/7$ و میانگین بعد جسمی پرسشنامه کیفیت
زندگی $62 \pm 12/8$ بود.

بعد روانی کیفیت زندگی با کیفیت خواب
ارتباط معکوس داشت ($P < 0/01$). ارتباط معنی دار و
مثبت بین بعد فیزیکی کیفیت زندگی و هموگلوبین وجود
داشت ($P < 0/05$) (جدول شماره ۱).

میانگین ابعاد فیزیکی - روانی کیفیت زندگی
در زنان و مردان و بیماران مجرد و متأهل تفاوت
نداشت ($P > 0/05$).

کیفیت خواب با هموگلوبین و آلبومین سرم

جدول شماره ۱: ارتباط بین ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی با متغیرهای دیگر در بیماران شرکت کنند در مطالعه

متغیر	ابعاد فیزیکی (PCS)		ابعاد روانی (MCS)	
	r	P	R	P
سن	-۰/۲۴	۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۹۶
زمان دیالیز	-۰/۱۳	۰/۲۴	-۰/۲۱	۰/۰۵۲
هموگلوبین	۰/۲۱	۰/۰۴۸	-۰/۱۲	۰/۲۷
آلبومین	۰/۱۸	۰/۰۸	-۰/۰۱	۰/۹۵
نمره کلی کیفیت خواب	-۰/۴۵	۰/۰۱	-۰/۲۸	۰/۰۱
کیفیت خواب ذهنی	-۰/۲۰	۰/۰۶	-۰/۲۱	۰/۴۶
دیر به خواب رفتن	-۰/۱۴	۰/۱۹	-۰/۰۶	۰/۵۶
مدت خواب	-۰/۰۸	۰/۴۳	-۰/۰۰	۰/۹۸
کفایت خواب	-۰/۳۸	۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۳۶
اختلال خواب	-۰/۴۸	۰/۰۱	-۰/۲۷	۰/۰۱
استفاده از دارو برای خوابیدن	-۰/۳۹	۰/۰۱	-۰/۳۲	۰/۰۱
عملکرد ناقص در طول روز	-۰/۳۶	۰/۰۱	-۰/۵۱	۰/۰۱

جدول شماره ۲: خصوصیات افرادی که خوب می خوابند در مقایسه با افرادی که خوب نمی خوابند و ارتباط کیفیت خواب با متغیرهای مورد بررسی در بیماران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	افرادی که خوب می خوابیدند		افرادی که بد می خوابیدند		نمره کل کیفیت خواب
	(PSQI<5)	(PSQI>5)	p	r	
سن (سال)	۵۹/۴±۱۶	۶۰/۳±۱۷/۱	۰/۰۵	۰/۶۱	
زمان دیالیز (ماه)	۵۰±۳۵/۵	۴۹/۱±۴۰/۸	۰/۱۶	۰/۱۵	
هموگلوبین	۱۱/۲±۱/۶	۱۱/۶±۱/۱	۰/۲۷	<۰/۰۱	
آلبومین	۴±۰/۴۶	۴/۳±۰/۴	۰/۲۴	۰/۰۲	
ابعاد روانی	۵۳/۲±۸/۹	۴۷±۱۲	۰/۲۸	<۰/۰۱	
ابعاد فیزیکی	۴۱/۵±۱۱/۲	۳۱/۸±۱۲/۱	۰/۴۵	<۰/۰۱	
سلامتی عمومی	۵۶/۱±۲۳/۲	۴۲/۸±۲۷	۰/۳۱	<۰/۰۱	
عملکرد جسمانی	۶۶/۹±۲۸/۶	۴۲/۵±۲۸/۹	۰/۳۷	<۰/۰۱	
ایفای نقش فیزیکی	۵۷/۷±۴۰/۶	۲۷/۴±۳۷/۷	۰/۴۵	<۰/۰۱	
ایفای نقش عاطفی	۸۸/۵±۲۷/۲	۵۳/۴±۳۰/۵	۰/۴۰	<۰/۰۱	
عملکرد اجتماعی	۷۵/۵±۲۷/۴	۵۸/۵±۲۹/۵	۰/۳۴	<۰/۰۱	
درد بدنی	۷۸/۶±۲۱/۳	۵۲/۶±۲۹/۴	۰/۵۴	<۰/۰۱	
نیرو و انرژی حیاتی	۸۰/۸±۲۴/۹	۷۰/۳±۲۱	۰/۳۶	<۰/۰۱	
درک کلی از سلامتی	۵۲/۵±۲۱/۲	۳۹/۲±۱۸/۴	۰/۳۲	<۰/۰۱	

PSQI - کیفیت خواب پیتس برگ (۱۶).

PCS - MCS و PSQI در میان این متغیرهای طبقه ای وجود نداشت.

بحث:

شیوع اختلال خواب در این مطالعه ۷۴ درصد بود که مطابق با شیوع ۵۰-۸۰ درصدی اختلالات خواب در بیماران تحت درمان با همودیالیز در مطالعات انجام شده است (۴-۱). همچنین مطالعات قبلی نشان داد که بی خوابی شبانه و خواب آلودگی افراطی در روز بر کیفیت زندگی اثر دارند (۲۳) که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد. اخیراً بیان شده است که این مشکلات با بیماری قلبی - عروقی که شایع ترین علت مرگ در

بیماران دیالیزی است ارتباط دارند (۲۴، ۲۵). Williams و همکاران در بررسی ارتباط بین ۷ اختلال خواب ویژه و متغیرهای روانی، فیزیکی، عملکردی و آزمایشگاهی در ۲۴۲ بیمار همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که خوب بودن روانی و فیزیکی با اختلالات خواب ارتباط دارد. برای مثال وضعیت عملکردی از طریق اجرای فعالیت های روزانه زندگی مورد بررسی قرار گرفت و این وضعیت با بیدار شدن در طول شب، احساس خستگی در صبح و بی قراری در حین خواب ارتباط دارد (۳). در حالی که درک و حافظه با بیدار شدن خیلی زود از خواب ارتباط دارد. همچنین این مطالعه نشان داد که بی خوابی با درد، افسردگی و کاهش

عملکرد فیزیکی ارتباط دارد. لذا بررسی و درمان بی خوابی به عنوان یک معیار موثر در کیفیت زندگی باید در اولویت باشد، زیرا درمان این مورد می تواند با افزایش کیفیت زندگی و پیامدهای بالینی مهم همراه باشد و عدم درمان بی خوابی می تواند باعث مراجعات مکرر بیمار به مراکز درمانی و افزایش هزینه درمان گردد و همچنین بی خوابی شبانه می تواند به عنوان یک معیار و علامت هشدار دهنده برای بیماریها و اختلالات روانی باشد که ضرورت توجه به آن را مشخص می کند (۲۶).

در مطالعه اخیر بعد روانی کیفیت زندگی با کیفیت ذهنی خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور و عملکرد ناقص در طول روز ارتباط داشت. در حالی که بعد فیزیکی کیفیت زندگی با کفایت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب آور و عملکرد ناقص در طول روز ارتباط داشت. افرادی که خیلی بد می خوابیدند (Poor sleepers) در مقایسه با افرادی که خوب می خوابیدند کیفیت زندگی پایین تری را در همه ابعاد داشتند. مطالعات انجام شده در ارتباط با آپنه انسدادی حین خواب در بیماران همودیالیزی نشان داد که بیماری نارسایی مزمن پیشرفته کلیه می تواند مستقیماً روی کیفیت خواب اثر گذاشته که آن هم به نوبه خود منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی می گردد (۱۱،۱۰). نتایج مطالعه فوق همسو با مطالعه ما می باشد. آپنه انسدادی حین خواب در بیماران دیالیزی شایع می باشد که دیالیز آهسته شبانه و پیوند کلیه، آپنه انسدادی حین خواب را بهبود می بخشد یا برطرف می کند (۲۷،۴). در بیمارانی که بیماری کلیوی ندارند، آپنه انسدادی حین خواب با کیفیت زندگی پایین ارتباط دارد و کیفیت زندگی با درمان از طریق فشار مثبت مداوم در راههای هوایی بهبود می یابد و افزایش پیدا می کند (۱۵،۱۴).

در مطالعه اخیر، کیفیت زندگی با سن و

هموگلوبین ارتباط داشت که این یافته با یافته های مطالعات قبلی همگون می باشد (۲۹،۲۸). کیفیت خواب با هموگلوبین، آلبومین سرم ارتباط داشت. مطالعات نشان می دهد که اصلاح آنمی با اریتروپویتین، بیدار شدن های مکرر از خواب و دیگر اختلالات خواب را کاهش می دهد و باعث افزایش عملکرد فیزیکی و افزایش کیفیت زندگی بیماران می گردد، ولی این مطالعات ارتباط بین آلبومین سرم و کیفیت خواب را نشان ندادند (۲۹-۳۲).

ارتباط قوی بین ابعاد PSQI و کیفیت زندگی فیزیکی، بیان کننده این می باشد که ارتباط بین کیفیت خواب و کیفیت زندگی به علت سوالات مشابه دو پرسشنامه در ارتباط با عملکرد ناقص در طول روز نمی باشد.

با توجه به اینکه در این مطالعه امکان این که همه متغیرهای مستقلی که روی کیفیت خواب و کیفیت زندگی اثر دارند، به طور دقیق اندازه گیری شوند وجود نداشت، لذا پیشنهاد می گردد تحقیقات دیگری که در آن متغیرهای دیگر مثل عادت های زندگی، درآمد، آموزش، دیابت، تغذیه، داروهای ضدافسردگی، وضعیت عملکردی، سندرم های روانی و استرس زندگی روزانه، در نظر گرفته شوند، همچنین پیشنهاد می گردد در مطالعه ای مشخص شود که آیا درمان موفقیت آمیز بی خوابی و اختلالات خواب می تواند باعث بهبودی فیزیکی و روانی و کیفیت زندگی بیماران گردد یا خیر؟

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان داده که خواب کم در بیماران دیالیزی شایع بوده و کیفیت خواب یک معیار مستقل است که قضاوت کننده کیفیت زندگی می باشد. البته این فرضیه هم وجود دارد که بخشی از این ارتباط

بخش همو دیالیز بیمارستانهای آموزشی امام خمینی، دکتر شریعتی و شهید هاشمی نژاد، بیماران عزیز، مسئولین کتابخانه دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پرستاری تهران و شهید بهشتی و کلیه دوستان و همکاران که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی نمایم.

بعلت اثر مستقیم نارسایی مزمن پیشرفته کلیه روی کیفیت خواب باشد که آن هم به نوبه خود روی کیفیت زندگی اثر دارد.

تشکر و قدردانی:

در پایان بر خودم لازم می دانم که از پرسنل محترم

منابع:

1. Holley JL, Nespor S, Rault R. A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis.* 1992 Feb; 19(2): 156-61.
2. Walker S, Fine A, Kryger MH. Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am J Kidney Dis.* 1995 Nov; 26(5): 751-6.
3. Williams SW, Tell GS, Zheng B, Shumaker S, Rocco MV, Sevvick MA. Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. The kidney outcomes prediction and evaluation (KOPE) study. *Am J Nephrol.* 2002 Jan-Feb; 22(1): 18-28.
4. Parker KP. Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Med Rev.* 2003 Apr; 7(2): 131-43.
5. Hanly PJ, Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *N Engl J Med.* 2001 Jan; 344(2): 102-7.
6. Kimmel PL, Miller G, Mendelson WB. Sleep apnea syndrome in chronic renal disease. *Am J Med.* 1989 Mar; 86(3): 308-14.
7. Benz RL, Pressman MR, Hovick ET, Peterson DD. Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *Am J Kidney Dis.* 2000 Jun; 35(6): 1052-60.
8. Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med.* 2001 Jan-Feb; 63(1): 49-55.
9. Jenkinson C, Stradling J, Petersen S. Comparison of three measures of quality of life outcome in the evaluation of continuous positive airways pressure therapy for sleep apnoea. *J Sleep Res.* 1997 Sep; 6(3): 199-204.
10. Jenkinson C, Stradling J, Petersen S. How should we evaluate health status? A comparison of three methods in patients presenting with obstructive sleep apnoea. *Qual Life Res.* 1998 Feb; 7(2): 95-100.
11. Winkelman JW, Chertow GM, Lazarus JM. Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis.* 1996 Sep; 28(3): 372-8.
12. Zoccali C, Mallamaci F, Tripepi G. Nocturnal hypoxemia predicts incident cardiovascular complications in dialysis patients. *J Am Soc Nephrol.* 2002 Mar; 13(3): 729-33.
13. Sanner BM, Tepel M, Esser M, Klewer J, Hoehmann-Riese B. Sleep-related breathing disorders impair quality of life in haemodialysis recipients. *Nephrol Dial Transplant.* 2002 Jul; 17(7): 1260-5.
14. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2003 Jan; 18(1): 126-32.
15. Valderrábano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis.* 2001 Sep; 38(3): 443-64.

16. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May; 28(2): 193-213.
17. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey manual and interpretation guide. The health institute. New England: Medical Center Boston; 1993.
18. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental summary scales: a user's manual. The health institute, New England: Medical Center Boston; 1994.
19. Beddhu S, Bruns FJ, Saul M, Seddon P, Zeidel ML. A simple comorbidity scale predicts clinical outcomes and costs in dialysis patients. *Am J Med.* 2000 Jun; 108(8): 609-13.
20. Prowant BF, Satalowich RJ, Murray-Bell A, Ryan LP, Schmidt LM, Kennedy JM. Effectiveness of a phosphorous educational program for dialysis patients. *ANNA J.* 1989 Aug; 16(5): 353-7.
21. Molzahn AE. Primary nursing and patient compliance in a hemodialysis unit. *ANNA J.* 1989 Jun; 16(4): 267-72.
۲۲. دهداری طاهره. بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی. ۱۳۸۱.
23. Dinges DF, Pack F, Williams K, Gillen KA, Powell JW, Ott GE. Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night. *Sleep.* 1997 Apr; 20(4): 267-77.
24. Nieto FJ, Young TB, Lind BK, Shahar E, Samet JM, Redlin S. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study: sleep heart health study. *JAMA.* 2000 Apr; 283(14): 1829-36.
25. Newman AB, Nieto FJ, Guidry U, Lind BK, Redline S, Pickering TG, et al. Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular disease risk factors: the sleep heart health study. *Am J Epidemiol.* 2001 Jul; 154(1): 50-9.
26. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey: canadian multicentre osteoporosis study research group. *CMAJ.* 2000 Aug; 163(3): 265-71.
27. Ancoli-Israel S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am J Manag Care.* 2006 May; 12(8 Suppl): S221-9.
28. Auckley DH, Schmidt-Nowara W, Brown LK. Reversal of sleep apnea hypopnea syndrome in end-stage renal disease after kidney transplantation. *Am J Kidney Dis.* 1999 Oct; 34(4): 739-44.
29. Benz RL, Pressman MR, Hovick ET, Peterson DD. A preliminary study of the effects of correction of anemia with recombinant human erythropoietin therapy on sleep, sleep disorders, and daytime sleepiness in hemodialysis patients (The sleepo study). *Am J Kidney Dis.* 1999 Dec; 34(6): 1089-95.
30. Maes M, Wauters A, Neels H, Scharpe S, Van Gastel A, D'Hondt P, et al. Total serum protein and serum protein fractions in depression: relationships to depressive symptoms and glucocorticoid activity. *J Affect Disord.* 1995 Apr; 34(1): 61-9.
31. Morton AR, Meers C, Singer MA, Toffelmire EB, Hopman W, McComb J. et al. Quantity of dialysis: quality of life-what is the relationship? *ASAIO J.* 1996 Sep-Oct; 42(5): 713-7.
32. Moreno F, Sanz-Guajardo D, Lopez-Gomez JM, Jofre R, Valderrabano F. Increasing the hematocrit has a beneficial effect on quality of life and is safe in selected hemodialysis patients. Spanish cooperative renal patients quality of life study group of the Spanish society of nephrology. *J Am Soc Nephrol.* 2000 Feb; 11(2): 335-42.